



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

Дата: _____

_____ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН

_____ НОМЕР ДЕЛА

FOLD

Уважаемый податель заявления!

Мы получили ваш запрос на участие в программе Working Connections Child Care («Уход за детьми - действующие связи»). Данная форма заявления высыпается вам в ответ на ваш запрос.

Мы рассмотрим ваше заявление и определим, имеете ли вы право на участие в программе, как только вы предоставите ВСЮ нижеуказанную информацию.

- Заявление на участие в программе WCCC/информация о поставщике услуг (вы должны указать эту информацию, даже если вы участвуете в мероприятиях программы WorkFirst («Работа - прежде всего»)).
- Укажите доход семьи за последние три месяца (такие документы, как копии корешков об оплате, пособий на ребенка, доход от программ социального обеспечения (Social Security Income), дополнительной социальной помощи (Supplemental Security Income, SSI) и любой другой доход, полученный каким-либо членом вашей семьи). Включите ваш график занятости, а также имя и номер телефона контактного лица. Вам не нужно предоставлять подтверждение дохода, полученного в виде денежной помощи от штата (по программе TANF).
- Если вы только что устроились на работу и не имеете корешков об оплате, мы примем заявление от вашего работодателя, в котором будет указана дата приема на работу, ваш заработка (в час, оклад и т. п.), а также какой у вас будет график работы. Пожалуйста, помните о том, что в этом заявлении должны быть указаны имя и номер телефона контактного лица.
- Документы, подтверждающие осуществление выплат материальной помощи для ребенка, производимых по решению суда или постановлению административного органа (при наличии), и подтверждение выполненных платежей.
- Если уход осуществляется поставщиком услуг, живущим в семье/родственником, то этот поставщик услуг должен соответствовать квалификационным требованиям, перечисленным на странице 4 данной формы, и вы должны предоставить следующие документы и информацию об этом поставщике услуг:
 - Удостоверение личности с фотографией.
 - Карточку социального обеспечения (Social Security card).
 - Текущий адрес.
 - Форму разрешения на основании проверки биографических данных (Background Authorization). Вы можете получить эту форму от обслуживающего вас сотрудника программы WCCC, занимающегося выдачей разрешений. **Оплата предоставленных услуг не будет производиться до момента получения всех результатов проверки биографических данных.**

Пожалуйста, позвоните по указанному ниже телефону, если у вас есть какие-либо вопросы.

Имя работника: _____ Номер телефона/факса: _____

ПРОГРАММА WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)


**ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В
ПРОГРАММЕ WCCC**
ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ

Предоставление неполной информации может привести к задержке выдачи разрешения на услуги и выплаты. Заполняйте разборчиво печатными буквами.

DATE	WORKER'S NAME		
LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER		
ИМЯ ПОДАТЕЛЯ ЗАЯВЛЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	НОМЕР ДЕЛА	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	ПОЛ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОЛНЫЙ АДРЕС: УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ДЕТИ, ЗА КОТОРЫХ ВЫ НЕСЕТЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ

ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	ГРАЖДАНИН США ИЛИ ЛЕГАЛЬНЫЙ ПОСТОЯННЫЙ ЖИТЕЛЬ	КЕМ ОН(ОНА) ПРИХОДИТСЯ ПОДАТЕЛЮ ЗАЯВЛЕНИЯ
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

СУПРУГ ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН РЕБЕНКА, ПРОЖИВАЮЩИЙ В СЕМЬЕ (ЗАПОЛНИТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	КЕМ ОН(ОНА) ПРИХОДИТСЯ ПОДАТЕЛЮ ЗАЯВЛЕНИЯ	КЕМ ОН(ОНА) ПРИХОДИТСЯ ДЕТЬЯМ, ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ВЫШЕ
-----	---------------	--	---	---

ПОДАТЕЛЬ ЗАЯВЛЕНИЯ

ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST ИЛИ ШКОЛА	ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST ИЛИ ШКОЛА		
АДРЕС (МЕСТО РАБОТЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST ИЛИ ШКОЛА)	АДРЕС (МЕСТО РАБОТЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST ИЛИ ШКОЛА)		
ТЕЛЕФОН	ДАТА НАЧАЛА	ТЕЛЕФОН	ДАТА НАЧАЛА
ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, КАК ЧАСТО ВАМ ПЛАТЯТ И КАКОВ РАЗМЕР ВАШЕГО ЗАРАБОТКА? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые 2 недели Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$	ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, КАК ЧАСТО ВАМ ПЛАТЯТ И КАКОВ РАЗМЕР ВАШЕГО ЗАРАБОТКА? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые 2 недели Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$		

Вы делаете выплаты на содержание ребенка? Да Нет Ежемесячный размер: \$ _____**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАРАБОТАННОГО/НЕЗАРАБОТАННОГО ОБЩЕГО ДОХОДА ДЛЯ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ**

Приложите КОПИИ (за последние три месяца):	ИМЯ (ЛИЦО ЗАПОЛНЯЮЩЕЕ АНКЕТУ)	ИМЯ	ИМЯ	ИМЯ
Работа (общий, до вычета налогов)				
Самостоятельная предпринимательская деятельность				
Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)				
Полученные выплаты на содержание ребенка				
Социальное обеспечение (Дополнительная социальная помощь [SSI], пособие от Администрации социального обеспечения, [SSA])				
Выплаты Администрации по делам ветеранов (VA), пособия по инвалидности, пособия Департамента труда и промышленности (L&I) или пособия по безработице.				
Другое (укажите):				
Вы получаете какие-либо ваучеры, помогающие оплачивать жилье?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

ГРАФИК ЗАНЯТОСТИ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

ПОДАТЕЛЬ ЗАЯВЛЕНИЯ		СУПРУГ ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (РАБОТА, УЧЕБА В ШКОЛЕ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST)		ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (РАБОТА, УЧЕБА В ШКОЛЕ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST)
Понедельник	КАКОВО ВАШЕ РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ, ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST?	КАКОВО ВАШЕ РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ, ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРОГРАММЕ WORKFIRST?
Вторник		
Среда		
Четверг		
Пятница		
Суббота		
Воскресенье		

С какого дня начнется уход за ребенком: _____

ГРАФИК ЗАНЯТОСТИ ДЕТЕЙ

ИМЕНА ДЕТЕЙ	ШКОЛЬНОЕ РАСПИСАНИЕ (УКАЖИТЕ ТОЧНО ДНИ И ЧАСЫ)	ГРАФИК УХОДА ЗА ДЕТЬМИ (УКАЖИТЕ ТОЧНО ДНИ И ЧАСЫ)

У вас есть ребенок с особыми потребностями? Да Нет Если да, пожалуйста, свяжитесь с сотрудником, выдающим разрешения, для получения информации об объемах выплат в случае особых потребностей.

У вас есть право на объективное слушание дела. Для запроса на проведение объективного слушания дела обратитесь в данный отдел или напишите в Управление административных слушаний по адресу: Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Вы должны подать запрос на проведение объективного слушания дела в течение 90 дней после даты получения уведомления о решении по вашему делу. На слушании вы имеете право представлять себя лично, быть представленным адвокатом или другим лицом по вашему выбору. Вы можете получить бесплатную юридическую консультацию или услуги по представлению ваших интересов в суде юристом, обратившись в отделение юридических услуг.

Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что предоставленная мной в данном заявлении информация, насколько мне известно, является истинной, правильной и полной, и я понимаю, что умышленное искажение мной этой информации может привести к наказанию в соответствии с законом штата Вашингтон. (**RCW 74.08.055**)

ПОДПИСЬ ПЕРВОГО РОДИТЕЛЯ/ЛЕГАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА	ПОДПИСЬ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ/ЛЕГАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА
---	------	---	------

МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА ДЛЯ ВАШИХ ДЕТЕЙ

Знаете ли вы, что вы можете получить медицинскую и стоматологическую страховку для своих детей? Нет никакой очереди, и получить страховку можно, выполнив три очень простых действия:

- Вы получаете какой-либо другой вид помощи от штата, такой как продовольственные талоны или денежная помощь?
 - ДА:** Позвоните финансовому работнику, отвечающему за ваше дело, и попросите предоставить медицинскую страховку для ваших детей.
 - НЕТ:** Позвоните по бесплатному телефону в отделение программы медицинской помощи детям (**Children's Medical assistance**): 1-800-204-6429.
- Представьте работнику информацию, которая ему нужна, чтобы определить, имеете ли вы право на получение страховки. Они уже могут иметь данную информацию или могут получить ее по телефону.
- Получите медицинскую карточку по почте.

Не ждите - стоит сделать только один телефонный звонок, и вы получите медицинскую страховку для своих детей!

Дискриминация запрещена во всех программах и мероприятиях: ни один человек не может быть исключен из участия на основании расовой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, убеждений, национального происхождения, пола, возраста, семейного положения, статуса инвалида войны, статуса инвалида войны во Вьетнаме или физических/умственных недостатков.



ПРОГРАММА WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)
ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ WCCC
ЧАСТЬ 2. ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТАВЩИКЕ УСЛУГ
(ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ)

Заполняйте разборчиво печатными буквами.
Предоставление неполной информации может привести к задержке выдачи
разрешения на услуги и выплаты.

ИМЯ И АДРЕС ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

[REDACTED]

ДАТА
ИМЯ СОТРУДНИКА
МЕСТНЫЙ ОФИС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА/ФАКСА
НОМЕР ДЕЛА
ИМЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА
НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА НАЧАЛА УХОДА

СЛОЖИТЕ ЗДЕСЬ, ЧТОБЫ ПОМЕСТИТЬ В КОНВЕРТ С ПРОЗРАЧНЫМ ОКОШКОМ

1. ВИД УХОДА: ОТМЕТЬТЕ КВАДРАТ, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОМУ ВАМИ ВИДУ УХОДА

<input type="checkbox"/> Центр ухода за детьми	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN) ИЛИ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (FEDERAL TAX IDENTIFICATION NUMBER) ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ		
<input type="checkbox"/> Домашний и семейный центр ухода за детьми	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN) ИЛИ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (FEDERAL TAX IDENTIFICATION NUMBER) ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ		
Домашний и семейный центр ухода за детьми; если ребенок проживает с вами, смотрите стр. 4, поз. 4.	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN) ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КЕМ ОН(ОНА) ПРИХОДИТСЯ РЕБЕНКУ
Уход в доме, где ребенок проживает; смотрите стр. 4, поз. 4 и 6.	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN) ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КЕМ ОН(ОНА) ПРИХОДИТСЯ РЕБЕНКУ
Уход в доме родственников; смотрите стр. 4, поз. 5 и 6.	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN) ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КЕМ ОН(ОНА) ПРИХОДИТСЯ РЕБЕНКУ

2. УКАЖИТЕ ДНИ И ЧАСЫ, КОГДА ВЫ БУДЕТЕ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ УХОД ЗА СЛЕДУЮЩИМИ ДЕТЬМИ

ИМЕНА ДЕТЕЙ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДНИ И ЧАСЫ, КОГДА БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ УХОД, УКАЖИТЕ ВРЕМЯ ДО И ПОСЛЕ ШКОЛЫ

3. ПОСТАВЩИК УСЛУГ: УКАЖИТЕ ЕЖЕДНЕВНУЮ ПЛАТУ, КОТОРУЮ ВЫ БЕРЕТЕ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ

Каковы обычные размеры оплаты, которую вы берете с родителей/опекунов? Эта информация должна быть предоставлена до того, как выплаты будут разрешены.	МЛАДЕНЕЦ ДОШКОЛЬНИК	НАЧИНАЮЩИЙ ХОДИТЬ РЕБЕНОК ШКОЛЬНИК	СБОР ЗА РЕГИСТРАЦИЮ \$	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РАЗМЕР: <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ЕДИНО-ВРЕМЕННЫЙ <input type="checkbox"/> ЕЖЕГОДНЫЙ \$ <input type="checkbox"/> НА РЕБЕНКА <input type="checkbox"/> НА СЕМЬЮ
\$	\$	\$	\$	

Свяжитесь с сотрудником, выдающим разрешения, для получения информации об объемах выплат для детей с особыми потребностями.

Я понимаю, что заполнение этой формы не является гарантией предоставления выплат. Если уход за ребенком будет разрешен, я соглашаюсь на получение выплат за предоставление ухода за ребенком по моей обычной ставке или в размере, установленном DSHS, в зависимости от того, что будет меньше.

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ Директор Лицо, обеспечивающее уход и не являющееся родственником Другое Дата Номер телефона и факса (включая международный код)
 Владелец Лицо, обеспечивающее уход и являющееся родственником

FOR AGENCY USE ONLY: Check box if licensed provider information was obtained by telephone.

4. ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ, ЕСЛИ УХОД ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВАШЕМ ДОМЕ

Следующая информация требуется для правильного вычета налогов в том случае, когда уход за ребенком осуществляется в **вашем** доме, при этом уход обеспечивается вашим взрослым ребенком или вашим родителем. Если вы живете с лицом, предоставляющим уход, мы считаем этот дом также вашим домом. Пожалуйста, заполните позиции 1, 2 и 3, если какие-либо из них соответствуют вашей ситуации.

1. **Поставщик услуг является моим ребенком** (родным, пасынком (падчерицей), приемным или усыновленным) в возрасте от 18 до 20 лет.
2. **Поставщик услуг является моим родителем** (родным, отчимом (мачехой), приемным или усыновителем). Отметьте одну из позиций, которая сейчас соответствует вашей ситуации.
 Я вдова или вдовец. Я разведен(а). Я состою в браке, проживаю отдельно или не состоял(а) ранее в браке.
 Я проживаю со своим супругом, являющимся инвалидом, который не может ухаживать за моими детьми по крайней мере в течение четырех недель подряд за период, соответствующий календарному кварталу.
3. **Поставщик услуг является моим родителем** (родным, отчимом (мачехой), приемным или усыновителем), который является лицензированным поставщиком услуг по уходу за ребенком, и с которым я живу. Отметьте одну из позиций, которая сейчас соответствует вашей ситуации.
 Я вдова или вдовец. Я разведен(а). Я состою в браке, проживаю отдельно или не состоял(а) ранее в браке.
 Я проживаю со своим супругом, являющимся инвалидом, который не может ухаживать за моими детьми по крайней мере в течение четырех недель подряд за период, соответствующий календарному кварталу.

5. ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ, ЕСЛИ УХОД ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕ В ДОМЕ, ГДЕ ПРОЖИВАЕТ РЕБЕНОК

Поставщик услуг должен быть совершеннолетним родственником. Родственник должен предоставить департаменту имена и даты рождения всех лиц в возрасте 16 лет и старше, которые проживают вместе с поставщиком услуг. В приведенной ниже таблице перечислите **ТОЛЬКО** имена всех членов семьи в возрасте 16 лет и старше.

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ

Я удостоверяю, что лица, перечисленные выше, являются единственными лицами в возрасте 16 лет и старше, которые проживают вместе со мной. Я понимаю, что эти лица будут проходить ту же процедуру проверки биографических данных, что и я. Я также понимаю, что если другое лицо в возрасте не моложе 16 лет переедет в мой дом в тот период, пока я являюсь зарегистрированным поставщиком услуг по программе WCCC, то я должен немедленно известить об этом родителя.

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА
--------------------------	------

6. СЕРТИФИКАЦИЯ РОДИТЕЛЯ И ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

Являетесь ли вы, будучи поставщиком услуг, гражданином США или иностранцем, имеющим право работать в США на законном основании? Да Нет

Поставщик услуг, проживающий в доме или являющийся родственником, в соответствии с WAC 388-290-0130 и 288-290-0135, должен:

- Быть не моложе 18 лет.
- Осуществлять уход только в доме, где проживает ребенок. Уход может предоставляться в доме поставщика услуг только в том случае, если он/она является одним из следующих родственников ребенка: тетя, дядя, дедушка/бабушка, брат или сестра, которые проживают не в том доме, где проживает ребенок, двоюродный дедушка/двоюродная бабушка или прадедушка/прабабушка.
- Не иметь криминального прошлого, не позволяющего быть поставщиком этих услуг, в соответствии с WAC 388-290-0160 или WAC 288-290-0165.
- Иметь подходящий характер и обладать необходимыми знаниями.
- Иметь подходящее физическое и психическое здоровье, необходимое для осуществления ухода за ребенком. Если департамент запросит, родители должны предоставить письменное подтверждение того, что поставщик услуг имеет достаточно хорошее физическое и психическое здоровье, чтобы обеспечивать безопасный уход за ребенком.
- Быть способным работать с детьми без применения телесных наказаний или противоправного психологического воздействия на ребенка.
- Быть способным принять инструкции и следовать им.
- Быть способным поддерживать личную чистоту.
- Своевременно и регулярно приходить на работу.
- Обеспечить, чтобы дом, в котором предоставляется уход, был безопасным для осуществления ухода за детьми.
- Знать об основных методах медицинского обслуживания, предотвращения и контроля инфекционных заболеваний, о прививках, о безопасности домашних и прочих помещений, имеющих отношение к уходу за ребенком.
- Осуществлять постоянный уход и наблюдение за детьми в течение всего назначенного времени ухода и в соответствии с потребностями детей.
- Организовать проведение подходящих мероприятий с детьми, необходимых для их развития.
- Немедленно сообщать родителю о любых случаях получения поставщиком услуг извещений об уголовных обвинениях или обвинениях, находящихся на рассмотрении суда, выдвинутых против поставщика услуг.
- Немедленно сообщать родителю о любых уголовных обвинениях или обвинениях, находящихся на рассмотрении суда, выдвинутых против любых членов семьи поставщика услуг, если уход осуществляется не в доме, где проживает ребенок.
- Не являться биологическим, приемным или усыновившим ребенка родителем, легальным опекуном, лицом, действующим вместо родителей, или супругом любого такого лица.

6. СЕРТИФИКАЦИЯ РОДИТЕЛЯ И ПОСТАВЩИКА УСЛУГ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Я, будучи родителем/опекуном, подтверждаю, что мой поставщик услуг, проживающий в доме или являющийся родственником, соответствует перечисленным выше требованиям. Я понимаю, что:

- Если я не смогу сделать это подтверждение, выплаты не будут разрешены.
- Определенные биографические сведения могут лишить моего поставщика услуг права на предоставление услуг. Мой поставщик услуг отвечает за то, что он должен немедленно сообщить мне, если он (они) или любые лица в возрасте не моложе 16 лет, проживающие с поставщиком услуг, в период осуществления ухода за ребенком вне дома его проживания получили обвинение в каком-либо преступлении или были осуждены за какое-либо преступление. В этом случае я обязан немедленно сообщить об этом сотруднику DSHS, занимающемуся вопросами предоставления ухода за моим ребенком.
- Оплата предоставленных услуг не будет производиться до момента получения всех результатов проверки биографических данных.
- Сумма, которую я получаю на предоставление ухода за ребенком от Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS), должна полностью выплачиваться моему поставщику услуг ежемесячно.
- Я должен известить сотрудников программы WCCC в течение пяти дней, если этот поставщик услуг прекратит осуществлять уход за ребенком.
- От меня могут потребовать предоставить департаменту квитанции за срок не более одного года для подтверждения того, что я оплатил работу поставщика услуг.
- Я должен вести регистрацию посещений с указанием часов ухода за ребенком и сохранять эту информацию за период, равный одному году.

Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что предоставленная мной в данном заявлении информация, насколько мне известно, является истинной, правильной и полной, и я понимаю, что умышленное искажение мной этой информации мной может привести к наказанию в соответствии с законом штата Вашингтон. (RCW 74.08.055)

Максимальные ставки оплаты ухода за ребенком в доме или родственником устанавливаются департаментом DSHS. Если это применимо, с данной оплаты могут удерживаться налоги. Поставщику услуг, предоставляющему уход дома/родственнику, осуществляющему уход, в конце января каждого года будет отправляться по почте форма W-2. Эта форма будет отправляться по последнему адресу, который есть в документах департамента DSHS.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ДАТА	ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ДАТА
--------------------------	------	--------------------------	------

ДЛЯ ВСЕХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Принимая выплаты за уход за детьми от DSHS, поставщики услуг соглашаются со следующим:

Департамент DSHS оставляет за собой право отменить утверждение/разрешение, данное по любому запросу на предоставление права на уход за детьми.

Примечание об уведомлении поставщика услуг: хотя персонал постараётся делать это, от департамента DSHS не требуется предоставлять поставщикам услуг по уходу за детьми предварительные уведомления о тех случаях, когда льготы уменьшаются или отменяются. Пожалуйста, обратите внимание на дату действия права семьи на участие в программе, указанную на уведомлении о разрешении выплаты в системе социальных выплат (Social Service Payment System, SSPS). Имеются специальные брошюры для поставщиков услуг: «Субсидии на детей, брошюра для лицензированных поставщиков услуг по уходу за детьми» ("Child Subsidies, A Booklet for Licensed and Certified Child Care Providers"), DSHS 22-877(X), и «Руководство по предоставлению ухода за детьми дома/родственниками» ("A Guide to In-Home/Relative Child Care"), DSHS 22-223(X). Для получения экземпляра брошюры обратитесь к сотруднику, выдающему разрешения на уход за детьми.

Дополнительные выплаты: Поставщик услуг не может потребовать от родителей/опекунов доплачивать разницу между тем, что выплачивает департамент DSHS для предоставления услуг по уходу за ребенком, и обычными ставками поставщика услуг. Пожертвования и дополнительные выплаты третьих лиц, таких как работодатель или благотворительная организация, могут быть приняты, если ставки DSHS ниже, чем обычные суммы, которые берет поставщик услуг. Поставщик услуг не может требовать от клиента найти третье лицо для осуществления дополнительных выплат или с целью получения доплат.

Поставщик услуг может взять с клиента DSHS дополнительную плату, если родитель/опекун:

- Требует предоставления ухода за ребенком в объеме, превышающем утвержденный, по личным причинам (например, родитель/опекун поздно забирает ребенка из-за того, что ходит по магазинам); или
- Требует дополнительных занятий с детьми (например, гимнастикой, балетом и т. п.).

Поставщики услуг не являются работниками департамента DSHS: Поставщик услуг и его работники, действующие по данному соглашению, не являются сотрудниками или агентами департамента DSHS. Поставщик услуг не будет заявлять о том, что он является сотрудником или работником департамента DSHS или другого государственного органа штата Вашингтон, а также поставщик услуг не будет делать никаких заявлений о правах, привилегиях или льготах, которые могут действовать в отношении сотрудников гражданских служб согласно Главе 41.06 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон (RCW).

Если это применимо, Департамент DSHS сообщает сведения об оплате, полученной за осуществление ухода за ребенком, в налоговое управление (Internal Revenue Service, IRS).